

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY

1. Imię		2. Nazwisko	
3. Data urodzenia		4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	
--- -- -- dzień - miesiąc - rok			
5. Adres miejsca zamieszkania			
5A. Ulica		5B. Numer domu /mieszkania	5C. Kod pocztowy i miejscowość
6. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>			
7. Adres e-mail <i>(pole nieobowiązkowe)</i>			
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹⁾)			
8A. Imię	8B. Nazwisko	8C. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>	
Adres miejsca zamieszkania			
8D. Ulica	8E. Numer domu/mieszkania	8F. Kod pocztowy i miejscowość	
8G. Imię	8H. Nazwisko	8I. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>	
Adres miejsca zamieszkania			
8J. Ulica	8K. Numer domu/mieszkania	8L. Kod pocztowy i miejscowość	

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

9. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172) deklaruje wybór:	
9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	CENTRUM MEDYCZNE OLMED SP. Z O.O. SP.K.
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	UL. JAGIENKI 32, 92-439 ŁÓDŹ
10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: ²⁾	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾
11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:	
<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="checkbox"/> osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii <input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) 	
..... inna okoliczność	

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór: ⁴⁾	
<i>Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej</i>	
13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: ²⁾	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾
14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:	
<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania<input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy<input type="checkbox"/> osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii<input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)	
<input type="checkbox"/> inna okoliczność	
..... (data) (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) ⁵⁾

OBJAŚNIENIA:

¹⁾ Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a w sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, deklaracje zachowują ważność w zakresie wyboru świadczeniodawcy do czasu wyboru innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub wyboru nowego świadczeniodawcy (art. 6 ust. 3 oraz art. 10 ust. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).

²⁾ Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 9 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).

³⁾ W przypadku wyboru trzeciego i kolejnego należy podać informację, czy powodem dokonania wyboru jest okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, tzn. zmiana miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub zmiana lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.

⁴⁾ Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).

⁵⁾ Wypełnia się w przypadku deklaracji składanej w postaci papierowej lub postaci elektronicznej, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 1 albo 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.